MVZ Radiologie München Süd West

Einwilligung zur Röntgenaufnahme für Privatpatienten

Name, Vorname: _____ Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Ist eine **Verletzung** oder ein **Unfall** der Anlass für die Untersuchung? ☐ Ja ☐ Nein

Erläuterung _____

_____

Besteht eine **Schwangerschaft**? ☐ Ja ☐ Nein

Mit der Röntgen-Untersuchung bin ich einverstanden ☐ Ja ☐ Nein

Folgende Untersuchungen wurden bereits früher durchgeführt:

Röntgenuntersuchungen (auch Mammographien) ☐ Ja ☐ Nein

Nuklearmedizinische Untersuchungen (Szintigraphie) ☐ Ja ☐ Nein

Bestrahlungen, Strahlentherapien ☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten	Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen fachkundigen Arzt geprüft: _____